



Facility:

उपचार के लिए सामान्य सहमति (GENERAL CONSENT FOR TREATMENT)

**NYC
HEALTH+
HOSPITALS**

Chart No.

Name

Unit

*(Patient Imprint Card)***FORM A**

**आंतरिक रोगी और बाह्यरोगी और/या आपातकालीन कक्ष सेवाएं चाहने वाले रोगियों के लिए । /
For patients seeking in-patient, out-patient and/or emergency room services.**

1. मैं इस सुविधाकेंद्र पर चिकित्सीय देखभाल और उपचार की मांग कर रहा हूँ और वे सेवाएं स्वीकार करने पर सहमत हूँ जो टीकाकरण सहित किसी चिकित्सीय दशा, मेरी दशा का उपचार करने की प्रक्रियाओं और नेमी दंत तथा चिकित्सीय देखभाल का निदान कर सकती हैं। मैं जानता हूँ कि ये सेवाएं मुझे चिकित्सकों, दंत चिकित्सकों, नर्स प्रैक्टिशनरों, मिडवाइफों, चिकित्सकों के सहायकों तथा अन्य स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं द्वारा प्रदान की जाएंगी जिनमें से कुछ प्रशिक्षण में हो सकते हैं। मुझे मेरे द्वारा प्राप्त की जाने वाली सेवाओं के परिणामों के बारे में कोई गारंटी नहीं दी गयी है।
2. मैं जानता हूँ कि इन सेवाओं को स्वीकार करने की मेरी सहमति तब तक प्रभावी रहेगी जब तक मैं यह न कह दूँ कि अब मुझे इन सेवाओं की जरूरत नहीं है या जब तक मेरा उपचार पूरा नहीं हो जाता।
3. मैं जानता हूँ कि इन सेवाओं को स्वीकार करने की मेरी सहमति को सामान्य सहमति कहा जाता है और यह कि इसमें कोई नेमी प्रक्रिया (एं) या उपचार (रों) जैसे रक्त निकालना, शारीरिक जांच, दवा (एं) देना, एक्स-रे करना, स्थानीय संवेदनाहारी तथा अन्य गैर-आक्रामक प्रक्रियाओं का प्रयोग शामिल है।

		और			सुबह (am) शाम (pm)
रोगी या नाबालिग रोगी के माता-पिता/कानूनी अभिभावक के हस्ताक्षर (Signature of Patient or Parent/Legal Guardian of Minor Patient)	तारीख (Date)	(and)	समय (Time)		

If the patient cannot consent for him/herself, the signature of either the health care agent or legal guardian who is acting on behalf of the patient, or the patient's surrogate who is consenting to the treatment for the patient, must be obtained.

		और			सुबह (am) शाम (pm)
स्वास्थ्य परिचारक एजेंट/कानूनी अभिभावक के हस्ताक्षर (Signature of Health Care Agent/Legal Guardian) (Place a copy of the authorizing document in the medical record)	तारीख (Date)	(and)	समय (Time)		

		और			सुबह (am) शाम (pm)
प्रतिनिधि के हस्ताक्षर और रिश्ता (Signature and Relation of Surrogate)	तारीख (Date)	(and)	समय (Time)		

गवाह (WITNESS):

I, _____ am a staff member who is not the patient's physician or authorized health care provider and I have witnessed the patient or other appropriate person voluntarily sign this form.

		और			सुबह (am) शाम (pm)
गवाह का हस्ताक्षर और पद (Signature and Title of Witness)	तारीख (Date)	(and)	समय (Time)		

दुभाषिया/अनुवादक (INTERPRETER/TRANSLATOR): (To be signed by the interpreter/translator if the patient required such assistance)

To the best of my knowledge the patient understood what was interpreted/translated and voluntarily signed this form.

		और			सुबह (am) शाम (pm)
दुभाषिए/अनुवादक के हस्ताक्षर (Signature of Interpreter/Translator)	तारीख (Date)	(and)	समय (Time)		